

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 39

L'HÉMIPLÉGIE TYPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juin 1919

PAR

DAUDÉ (Georges-Jacques Delphin)

Né à Bages (Aude), le 28 février 1889

Décoré de la Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

VIRES, Professeur, *Président*.

RAUZIER, Professeur.

EUZIÈRE, Agrégé.

RIMBAUD, Agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919

L'HÉMIPLÉGIE TYPHIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 39

L'HÉMIPLÉGIE TYPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juin 1919

PAR

DAUDÉ (Georges-Jacques Delphin)

Né à Bages (Aude), le 28 février 1889

Décoré de la Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

VIRES, Professeur, *Président*.

RAUZIER, Professeur.

EUZIERE, Agrégé.

RIMBAUD, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♣).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ♣), a. l. e. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♣, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (♣), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	PECH (ch. d'agrég.)
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. VIRES, Prof., Présid. ; RAUZIER, prof. ; EUZIERE, agrégé ;
RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES JEUNES NIÈCES LUCIENNE ET ANDRÉE

MEIS ET AMICIS

G. DAUDÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIMBAUD

G. DAUDÉ.

L'HÉMIPLÉGIE TYPHIQUE

INTRODUCTION

L'hémiplégie est une complication rare de la fièvre typhoïde. Notre but a été, lorsque nous avons entrepris ce travail, d'en rechercher les observations publiées, et, basant notre étude sur des faits, d'en tirer des conclusions d'ordre étiologique, symptomatique et pathogénique. Nous pensons avoir réalisé nos projets en partie, en partie seulement, parce qu'en raison du nombre de publications étrangères surtout, nous avons été arrêté par l'impossibilité de trouver les textes originaux. Il suffira d'ailleurs de se reporter à l'Index bibliographique pour y puiser le complément d'observations que nous regrettons de n'avoir pu faire entrer dans le cadre de notre travail.

Avant de clore nos études médicales — deux fois interrompues par l'accomplissement de nos devoirs militaires — nous tenons à remercier ceux de nos maîtres qui se sont intéressés à nous.

Nous remercions d'abord M. le professeur Vires d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et qu'il soit assuré, avec

notre reconnaissance, que dans la pratique médicale nous nous efforcerons de suivre les principes appris en écoutant ses intéressantes leçons de thérapeutique appliquée.

Nous n'oublierons pas non plus que c'est dans la clinique magistrale de M. le professeur Rauzier que nous avons été initié au début de nos études à l'art d'examiner et de soigner un malade, et que, revenu après plus de quatre années de guerre dans notre Faculté, nous avons suivi son enseignement clinique avec un intérêt toujours plus grand.

Que M. Euzière, professeur agrégé, qui nous a fourni l'idée première de ce travail et plusieurs observations, soit assuré de notre gratitude. Il nous prodigua aussi un précieux enseignement clinique sur les maladies nerveuses dont nous saurons tirer parti.

Nous remercions également M. Rimbaud, professeur agrégé, dont nous avons apprécié en maintes occasions la bonté et la bienveillance.

Dans un commun souvenir de sympathie nous confondons ceux qui furent nos camarades d'études et nos compagnons d'armes pendant la grande guerre. Mais nous tenons particulièrement à assurer de notre plus grande part d'amitié le Dr Paul Thoby, ancien interne et prosecteur à l'Ecole de médecine de Nantes, qui fut notre chef à l'équipe chirurgicale 156 A, pendant les derniers dix-sept mois de guerre. Avec lui nous avons vécu des heures inoubliables où fut scellée notre amitié, et nous lui sommes reconnaissant d'avoir été pour nous un maître et le meilleur des amis.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Parmi les nombreuses complications nerveuses de la fièvre typhoïde, une des plus difficiles à combattre, une de celles dont la nature reste mal connue, c'est l'hémiplégie.

Est-il besoin de définir l'hémiplégie? C'est un syndrome anatomo-clinique caractérisé par la paralysie plus ou moins complète des muscles d'une moitié du corps, tantôt portant à la fois sur la motilité et la sensibilité, tantôt seulement sur l'une des deux « due à une perturbation fonctionnelle ou organique de la voie motrice pyramidale, dans toute l'étendue de celle-ci ». Elle peut apparaître, soit pendant la période d'état, soit au décours ou pendant la convalescence de la maladie.

On ne trouve pas dans les auteurs anciens d'observations d'hémiplégie compliquant la fièvre typhoïde. Il est d'ailleurs difficile de bien identifier cette complication d'une maladie qui ne forme vraiment une entité morbide que depuis la découverte du bacille d'Eberth.

Cependant, à titre documentaire, il nous paraît bon de signaler que, dans le Journal médical de Londres, 1795, on cite une observation d'hémiplégie du côté droit consécutive à la fièvre typhoïde ; à l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère cérébral gauche un abcès considérable s'étendant jusque dans le ventricule du même côté.

En 1860, Gubler, dans un mémoire lu à la Société de médecine des hôpitaux de Paris et publié dans les Archives générales de médecine (1860), parle longuement des paralysies au cours des maladies infectieuses aiguës, et il rapporte quelques cas d'hémiplégie liée à la fièvre typhoïde. Plusieurs auteurs, qui ont noté la paralysie du mouvement, passent sous silence les troubles de la sensibilité. D'autres ont parlé des altérations de la sensibilité, sans dire si elles accompagnent la perte du mouvement.

Ferriar parle des paralysies consécutives à la fièvre typhoïde et il note qu'en général les symptômes paralytiques n'apparaissent qu'après la cessation de la fièvre.

Les observations incontestables n'apparaissent qu'après 1875. C'est ainsi que la thèse de Schneider (1877) contient la mention d'un certain nombre d'hémiplégies typhiques, et Landouzy dans sa thèse d'agrégation (1880) a repris la publication de faits de ce genre les plus démonstratifs.

En 1893, Hawkins en rassemble seize cas dans la littérature médicale ; plus tard Osler ajoute quatre observations. Dans la suite sont publiées les observations de Hrach, Baylac, Hersman, Stein, Potts. Diller cite aussi un cas d'hémiplégie typhique et rappelle quatre cas de Curhsmann et quatre de Welsh, si bien qu'en 1907, MM. Barié et Lian, dans une communication à la So-

ciété des Hôpitaux de Paris, avaient réuni trente-cinq cas.

Depuis 1907, nous nous sommes appliqué à rechercher d'autres observations que nous avons reproduites, lorsque nous l'avons pu, dans le texte de notre travail.

CHAPITRE II

COUP D'ŒIL GÉNÉRAL SUR LES COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

« Les premiers signes de la fièvre typhoïde, a dit Chantemesse, sont avant tout des phénomènes qui traduisent la souffrance du système nerveux. » Ainsi, dans le courant de la maladie ou pendant la convalescence, parfois longtemps après, surtout chez les sujets prédisposés par leurs antécédents personnels ou héréditaires, on constate souvent des complications nerveuses. C'est ainsi que nous observons des troubles intellectuels, des accès de manie aiguë avec lypémanie, au point que certains malades ont été considérés comme aliénés. Chez certains malades c'est la forme stupide qui est dominante ; dans d'autres cas, le délire est associé à des symptômes méningitiques qui emportent le malade. L'aphasie dothiéntérique mérite de nous arrêter. On la rencontre chez les enfants beaucoup plus souvent que chez l'adulte, dans les formes graves comme dans les

formes légères de la fièvre typhoïde à la période d'état ou aux approches de la convalescence.

L'aphasie qui concerne les enfants est presque toujours une aphasie pure sans hémiplégie ; la perte de la parole est absolue, mais l'aphasie est transitoire, elle dure huit jours, quinze jours, rarement davantage, et elle disparaît sans laisser de trace.

Quel que soit le mécanisme qu'on invoque pour expliquer cette aphasie infantile, on ne peut admettre, étant donné la bénignité et la disparition rapide des accidents, ni une artérite oblitérante, ni une lésion de circonvolution de Broca. Les symptômes sont différents dans l'aphasie dothiéntérique de l'adulte ; la plupart des observations portent que l'aphasie est associée à une hémiplégie droite avec ou sans hémianesthésie ; cette aphasie est très lente à disparaître, l'hémiplégie est plus persistante encore. En pareil cas, selon Dieulafoy, il s'agit d'une endartérite de l'artère sylvienne. — La moelle épinière peut aussi être touchée par l'infection typhoïde, et dans quelques cas la rachialgie, l'hyperesthésie des muscles du dos et de la nuque, les convulsions, les contractures, les troubles oculo-pupillaires, indiquent la participation des méninges spinales. Les symptômes qui constituent la forme spinale de certains auteurs sont précoces ou tardifs, et il nous est permis d'observer des types différents de myélite typhique : myélite en foyer, myélite ascendante, myélite en plaques.

Il nous reste encore les troubles paralytiques qui, rares au début de la fièvre typhoïde, apparaissent quelquefois à la période d'état, mais appartiennent surtout à la convalescence. Tantôt ces paralysies sont généralisées et atteignent également la sensibilité, la motilité, les organes des sens ; tantôt elles sont localisées sous

forme paraplégique, hémiplegique ou même se limitent à un organe, au territoire d'une branche nerveuse, à un groupe musculaire. Ces différentes localisations permettent d'admettre que les paralysies typhiques relèvent de causes diverses, et le chapitre des névrites périphériques est trop important pour que nous l'abordions dans cette étude qui doit se limiter à celle de l'hémiplegie. Il nous a paru bon cependant de passer en revue toutes les complications nerveuses de la dothiéntérie, car elles précèdent, accompagnent ou suivent souvent l'hémiplegie, à tel point que nous verrons dans certaines observations la complication hémiplegique émergeant à peine au milieu des autres.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

Sur les indications du Dr Aimes, qui nous a signalé le cas, nous avons pu prendre cette observation que nous nous sommes efforcé, par l'interrogatoire et l'examen du malade, de rendre la plus complète possible, nos investigations ne nous ayant pas permis de trouver le dossier de l'intéressé.

H... A..., âgé de 33 ans. Mobilisé en août 1914 au 1^{er} régiment de marche de la division marocaine. Fin décembre 1914, il reste 48 heures dans un trou d'obus sous la pluie et boit pour étancher sa soif l'eau bourbeuse dans laquelle il patauge. Dans les premiers jours de janvier, il fait une typhoïde grave d'une durée de un mois et demi. Dès le début de sa convalescence, il se plaint de troubles oculaires à gauche et progressivement s'installe une hémiplégie gauche complète en trois mois avec hémi-

anesthésie du même côté et hémianesthésie de la face à droite. Langue insensible à la douleur et au goût, pas d'odorat par la narine gauche.

Massages au début, puis traitement électrique pendant neuf mois.

Amélioration progressive après deux mois de traitement électrique.

Etat actuel (mai 1919). — On constate une atrophie considérable du côté gauche, et, à la face, un effacement marqué des traits du côté correspondant. Les mouvements sont en partie revenus, mais les membres sont sans force. Deux fois le malade est tombé, il marche assez bien, mais traîne la jambe. Réflexes exagérés.

La parésie du membre supérieur est plus considérable : la flexion de l'avant-bras sur le bras se fait avec un peu de gêne, et le mouvement d'élévation du bras est impossible. Le malade accuse une diminution notable de la mémoire, et une fatigue rapide à la lecture.

OBSERVATION II

(Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le professeur agrégé Euzière)

B..., 31 ans, a été évacué le 8 janvier 1915 de Vauquois avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Il a été traité dans un hôpital de Bar-le-Duc où, d'après les renseignements fournis par un billet d'hôpital, le diagnostic fut vérifié par l'hémoculture.

La forme de la maladie fut sévère. Nous ne possédons aucun détail sur son évolution. Au vingtième jour de son évacuation on constate les premiers signes de paralysie du côté gauche.

Deux mois après, il était dirigé sur l'intérieur et envoyé en convalescence qui lui était accordée avec le diagnostic d'*hémiplegie consécutive à la fièvre typhoïde*.

Le malade raconte qu'à ce moment il marchait avec gêne, ne pouvait se servir de sa main gauche et avait de la gêne à parler. C'est seulement au mois d'octobre qu'il entra au Centre de neurologie de la 17^e Région et qu'il put être observé.

A cette date il ne présentait que des restes peu marqués de son hémiplegie consistant surtout en exagération des réflexes tendineux, légère diminution de la force gauche et en un signe positif de flexion combinée de la cuisse et du tronc.

OBSERVATION III

(R. Cestan, Paul Descomps, J. Euzière et R. Sauvage)

Un cas d'hémiplegie organique compliquant une fièvre typhoïde

B..., 25 ans, est tombé malade le 14 mai 1915, il fit une fièvre typhoïde classique de forme sérieuse. Le 9 juin au matin il se réveille paralysé du côté droit et aphasique. Il ne devient apyrétique qu'au début de juillet. En février 1916 il entra dans le Centre de neurologie de la 17^e Région. B... présentait alors :

1° *Une hémiplégie organique* intéressant tout le côté droit, et la bouche ouverte présente la déformation oblique ovulaire. Au niveau du membre supérieur, tous les mouvements sont conservés mais sont maladroits et sans force. Au dynamomètre, l'échelle de pression marque 6 pour la main droite, alors que la main gauche amène facilement 25.

Pour les membres inférieurs, la marche est à peu près normale, tous les mouvements sont correctement exécutés, mais les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés, le signe de Babinski très nettement en extension. Le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc est des plus nets. Les réflexes cutanés sont normaux des deux côtés.

2° *Des phénomènes d'aphasie.* — B... arrive à se faire comprendre, mais cherche ses mots et n'arrive pas à constituer une phrase correcte.

Invité à raconter le début de sa maladie il dit avec une hésitation au début de chaque mot : « Au front le sergent a dit c'est la tête, puis le thermomètre là (il montre son aisselle) il fait mal et Bar-le-Duc et puis la fièvre typhoïde. » Il répète correctement un mot qu'on lui dit, mais la répétition devient incorrecte dès qu'on lui en donne plusieurs à répéter : La cigale et la fourmi. Il ne répète que la fourmi. La cheminée de la salle, il répète cheminée et la salle.

Il n'a pas de surdité verbale ; il comprend bien les questions posées quand elles sont simples, et exécute correctement des ordres assez compliqués.

Il a de la cécité littérale complète et dans l'alphabet il ne reconnaît que la lettre A. La cécité verbale est moins marquée, il ne peut comprendre un ordre écrit, mais reconnaît certains mots ; quand dans un journal on lui

montre la phrase écrite en gros caractères d'imprimerie : Echees allemands du 20 septembre, il ne comprend pas, mais il reconnaît le mot Allemands qu'il ne peut lire et qu'il traduit par celui de boche, puis, pour s'expliquer mieux, il dit casque à pointe et fait le geste descriptif d'une pointe surmontant une coiffure.

L'écriture spontanée est à peu près impossible, il écrit correctement son nom, son prénom, le numéro de son régiment, mais, voulant indiquer sa profession et sa résidence, il écrit jastains pour jardinier et Vall pour Bosville. Quand on dicte cette phrase : Je suis à Toulouse, il y fait chaud. Il écrit : « Je fait à Toulouse avec à pelete. » Il copie très bien une phrase de la main gauche, moins habilement de la main droite, il ne peut relire ce qu'il écrit, ni le réécrire sans modèle.

Quand on lui montre un chiffre il ne peut le lire, mais il le reconnaît et arrive à l'énoncer en énumérant à haute voix et en comptant sur ses doigts la série des chiffres jusqu'à celui qui lui est présenté. Il ne peut écrire correctement un chiffre sous la dictée, pour écrire 15 il écrit 25 et ne reconnaît son erreur qu'en recomptant comme précédemment. En comptant sur ses doigts il fait de petites opérations $18 + 6 = 24$, etc... Il chante correctement la « Marseillaise », il reconnaît les airs courants sifflés et chantés.

Intellectuellement B... est peu touché, cependant il n'exécute qu'une partie des ordres qu'il reçoit pour peu qu'ils soient compliqués. Il paraît avoir oublié tout souvenir scolaire, il dit avoir su des fables, mais ne peut réciter un seul vers. Son caractère est bon, il est même insouciant et son euphonie paraît indiquer une certaine inconscience de son état. La mémoire de fixation est bonne, il reconnaît les médecins qui s'occupent de lui et

les camarades qui couchent dans sa chambre. Il circule, mange et se tient convenablement.

Toutes les investigations faites pour trouver une autre cause de son hémiplégie que sa fièvre typhoïde, sont restées infructueuses. Son appareil circulatoire paraît indemne ; son rein fonctionne normalement. La réaction de Wassermann pratiquée avant tout traitement et après réactivation a été négative.

OBSERVATION IV

(Barié et Lian. — Société médicale de Paris, 25 octobre 1907)

Convulsions épileptiformes et hémiplégie au cours d'une fièvre typhoïde

M^{lle} B..., âgée de 19 ans, couturière, est admise le 12 décembre 1906 à l'hôpital Laënnec, salle Monnerit, lit n° 16.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une fluxion de poitrine. Mère épileptique. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais été malade, sauf il y a 2 ans où elle a été soignée pour dyspepsie et anémie.

Elle est impressionnable, mais n'a jamais eu de crises nerveuses. Depuis trois semaines, la malade ressent une forte courbature, mais s'est alitée seulement il y a neuf jours. Elle éprouve une céphalée assez vive et a saigné du nez à plusieurs reprises. Disparition de l'appétit ; deux à trois selles diarrhéiques par jour depuis une semaine ; insomnie tenace.

L'examen révèle de nombreuses taches rosées dans la région sus-ombilicale, le ventre n'est pas ballonné. La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite. Le foie n'est pas augmenté de volume. L'auscultation des poumons, du cœur ne révèle rien d'anormal.

La température est à 38 degrés; le pouls à 104; la langue saburrale, mais rouge sur les bords et à la pointe. Les urines sont albumineuses. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

14 décembre. — Etat stationnaire, toutefois les bruits du cœur paraissent un peu assourdis. La tension artérielle est de 11 centim.

16 décembre. — La malade souffre beaucoup de la tête. On ordonne 1 gr. d'antipyrine.

18 décembre. — A 3 h. du matin, alors que l'infirmière venait de faire une lotion à la malade, celle-ci fut prise de secousses dans la jambe gauche, puis dans le bras du même côté; enfin les mouvements convulsifs gagnèrent la face et les yeux; il n'apparut pas d'écume sur les lèvres. Mais le visage devint violacé et la respiration bruyante. — Pendant cette crise la malade perd connaissance, mais ne laisse pas échapper d'urine dans le lit et ne se mord pas la langue. Dès que l'accès est passé, elle se rend compte seulement qu'il vient de se passer quelque chose d'anormal. Les secousses convulsives du côté gauche étaient si intenses, dit l'infirmière, que la malade serait tombée si on ne l'avait maintenue.

A 9 heures du matin, il survient une seconde crise, mais l'infirmière ne peut donner de renseignements précis, elle ne sait pas si les phénomènes convulsifs ont porté sur un seul côté, elle a vu un peu d'écume sur les lèvres. A 5 heures et demie du soir, la malade sent un certain engourdissement envahir les membres du

côté gauche et la moitié de la face du même côté. Nous l'examinons à 6 heures.

Impossibilité absolue de tout mouvement du membre supérieur. Au membre inférieur gauche conservation des mouvements, mais légère diminution de la force musculaire. A la face pas de déviation de la bouche. La malade a eu, dit-elle, il y a quelques minutes, une très légère gêne de la parole. La narine gauche est plus rapprochée de la cloison médiane que celle du côté opposé. La paupière supérieure gauche s'abaisse plus lentement et moins complètement qu'à l'état normal. La sensibilité est diminuée sur toute la moitié gauche du corps et de la face ; pas de troubles sensoriels. Le réflexe rotulien semble quelque peu exagéré à gauche et du même côté on trouve une ébauche de trépidation épileptoïde du pied, ainsi que le signe de Babinski (en extension). Au membre supérieur les réflexes tendineux sont normaux. Les réflexes pharyngé et cornéen sont conservés.

Pas de raideur de la nuque, pas de signe de Kernig. On pratique une ponction lombaire, il s'écoule goutte à goutte un liquide clair et après centrifugation on ne constate pas de culot appréciable. Le liquide ne renferme que de rares éléments figurés. A l'examen d'une goutte non étalée on trouve à peine 1 ou 2 lymphocytes par champ.

L'examen bactériologique direct est négatif ainsi que l'ensemencement sur bouillon. Le dosage de l'albumine du liquide céphalo-rachidien avec le tube d'Esbach donne 50 centigr.

19 décembre. — La malade a dormi. A la face mêmes phénomènes ; la commissure labiale est un peu abaissée à gauche.

Au membre inférieur, force musculaire normale ; au membre supérieur tous les mouvements sont possibles, mais il persiste une grande diminution de la force musculaire. — Mêmes troubles de la sensibilité et des réflexes.

21 décembre. — La sensibilité du côté gauche est presque normale. Il n'y a qu'une légère parésie du bras gauche. Le réflexe cutané plantaire est encore en extension à gauche. — Le séro-diagnostic est pratiqué : nettement positif au 1/100.

On pratique une deuxième ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien est clair et s'écoule goutte à goutte.

Examen bactériologique : négatif.

Examen cytologique (centrifugation — Une goutte non étalée — Objectif immersion Leitz 1/12).

Par champ	{	Lymphocytes.	10
	{	Globules rouges.	5

Le dosage de l'albumine du liquide céphalo-rachidien donne avec le tube d'Esbach 50 centigr.

25 décembre. — C'est à peine s'il persiste encore un peu de parésie du bras gauche. La sensibilité est normale. Le réflexe cutané plantaire se produit en flexion à gauche.

1^{er} janvier 1907. — La température est normale. Tous les troubles nerveux ont complètement disparu. La malade quitte l'hôpital le 1^{er} février après une convalescence sans incident.

OBSERVATION V

(Laignel-Lavastine. — Société méd. des Hôp. de Paris,
séance du 15 novembre 1907.)

(Résumée)

Jeune homme, 28 ans, étudiant en médecine, sans tare nerveuse appréciable, non alcoolique, entre le 11 novembre 1902 à la Pitié, pour fièvre typhoïde de moyenne intensité, mais bien caractérisée (taches rosées, diarrhée, température 39°, 39°5, séro Widal positif).

Après huit jours de température en plateau, la fièvre diminue en lysis.

Le 27, elle n'est que de 37°2 le matin et de 38°5 le soir, jusque-là réflexes normaux.

Le 28, douleurs dans le membre inférieur gauche, à la hanche, à la face postérieure de la cuisse, au genou. Le réflexe rotulien gauche est beaucoup plus fort que le droit. Clonus du pied très net à gauche, sans Babinski. Les mouvements du membre inférieur gauche sont presque impossibles.

Le 29, le membre supérieur gauche est pris, fourmillement, impotence légère, face indemne. Du côté gauche pas de troubles sensitifs, ni vasomoteurs. La parésie persiste jusqu'au 4 janvier en s'atténuant. Température normale depuis le 31.

A sa sortie, le 8 janvier, le malade n'accuse plus de fourmillement, ni de faiblesse à gauche. Réflexes rotuliens forts, mais également.

OBSERVATION VI

(Ch. Lesieur. — Société méd. des Hôpitaux de Lyon, 10 décembre 1907.)

(Résumée)

Hémiplégie d'origine cérébrale au cours de la fièvre typhoïde.

Hémiplégie gauche survenue en pleine période d'état d'une fièvre typhoïde d'allure modérée. On sait que la plupart des paralysies typhiques apparaissent tardivement. Cette hémiplégie survint au milieu de phénomènes méningés fugaces. Comme c'est la règle, les accidents paralytiques rétrocédèrent assez rapidement, cependant ils se sont accompagnés de phénomènes un peu spéciaux ou plus durables : héli-tremblement à caractère intentionnel, héliataxie légère, trépidation rotulienne et plantaire.

La pathogénie la plus vraisemblable semble être ici l'imprégnation des cellules cérébrales par les toxines du bacille d'Eberth.

OBSERVATION VII

(Paul Léger (de Caen). — Année médicale de Caen, n° 7, p. 211,
1^{er} juillet 1908.).

(Résumée)

Observation concernant une femme de 22 ans. A la période d'état d'une fièvre typhoïde est apparue insi-

dieusement une hémiplegie droite qui s'est complétée dans la journée.

Ultérieurement symptômes méningitiques et mort.

A l'autopsie : Méningite purulente, foyer hémorragique capsulaire correspondant à la partie postérieure de la capsule interne. Alors que la guérison se fait rapidement, l'issue a été fatale dans le cas particulier à cause des lésions cérébrales graves qui sont venues s'ajouter à celles de l'hémiplegie.

OBSERVATION VIII

(J. Parisot. — Société de Médecine de Nancy, 1909.
Revue méd. de l'Est, p. 766-767.)

(Résumée)

Garçon de 16 ans, traité à la clinique du professeur Spillmann. Hémiplegie brusque le 29^e jour d'une fièvre typhoïde.

Mort le lendemain. Vaste foyer de ramollissement ayant détruit presque tout l'hémisphère droit et dû à une thrombose de la carotide interne.

OBSERVATION IX

(Edward Mercur Williams. — The American Journal of the medical Sciences, vol. CXLIII, n° 5, mai 1912.)

(Résumée.)

1^{er} CAS. — E. K., jeune homme, 22 ans, entré à l'hôpital de Philadelphie le 2 décembre 1908. Pas

d'antécédents nerveux héréditaires. A eu la fièvre typhoïde à 6 ans. Pendant la deuxième semaine de convalescence se réveille un matin avec la jambe et le bras gauches paralysés. Marche impossible pendant quelque temps. Difficulté de la parole et de la déglutition. Mouvements athétoïdes des doigts et des orteils. Traîne le pied gauche.

Examen du malade, seize ans après le début de la maladie. — Bras gauche en flexion et adduction, contracture du biceps et contractions fibrillaires dans les muscles de l'avant bras. Pronation et supination impossibles. Pouvoir préhenseur de la main très diminué. Spasticité du bras. Pas d'atrophie. La flexion de la cuisse sur l'abdomen se fait moins bien qu'à droite, la flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse sont possibles, la flexion et l'extension du pied sur la jambe ne peuvent se faire. Clonus du pied et Babinski très nettement en extension. Diminution de la sensibilité. Pas de troubles sphinctériens.

Deux ans après, en mars 1910, on constate : au membre inférieur, le pied est tombant, atrophie des muscles péroniers et tibiaux, les muscles du mollet sont contracturés. Ceux de la cuisse sont légèrement atrophiés. Au membre supérieur les mouvements athétoïdes apparaissent quand on veut imprimer des mouvements passifs. Légère paralysie faciale du type inférieur.

2^e CAS. — W. P., jeune homme de 16 ans. Entré le 11 décembre 1905 à l'University of Pennsylvania Dispensary.

En bonne santé jusqu'à 12 ans, époque à laquelle il a eu une fièvre typhoïde. Pendant la période d'état

survient une hémiplegie gauche, s'étendant au côté gauche de la face, accompagnée d'aphasie qui dura deux jours.

Examen à l'entrée. — Le bras gauche est contracturé et atrophié. Réflexes exagérés, les mains sont froides et cyanosées. Pas de troubles sensoriels. La démarche est spastique. Au membre inférieur on constate de l'atrophie, des réflexes exagérés avec Babinski positif sans troubles sensoriels.

3^e CAS. — Mme L. G., 32 ans, entrée à l'University Dispensary en septembre 1910.

En bonne santé jusqu'en 1906, date à laquelle est survenue une fièvre typhoïde. Est restée alitée pendant vingt et une semaines.

Elle raconte que, pendant la période de sa maladie, son bras et sa jambe droits glissaient hors du lit et que ses parents étaient obligés de remettre les membres en place, qu'à ce moment-là ils étaient raides et douloureux. Ces accidents s'accompagnaient d'une légère aphasie. Pendant la convalescence, la station debout et la marche étaient gênées, à tel point qu'elle devait se servir d'une canne, et traînait le pied. Elle se servait difficilement de la main et du bras, dont la force musculaire était sensiblement diminuée.

Examen. — Effacement des traits de la moitié inférieure de la face à droite. Le clignement se fait moins bien à droite qu'à gauche, la langue est déviée à droite.

Parésie très marquée de tous les mouvements du bras droit avec réflexes un peu exagérés. Légère atrophie. Contractions fibrillaires des muscles. Pas d'anomalies sensorielles. Pas de troubles sphinctériens. Spasticité du

membre inférieur droit, avec atrophie marquée et contractions fibrillaires. Traîne le pied. Les réflexes sont très exagérés avec Babinski positif. Les troubles de la parole ont complètement disparu.

4^e CAS. — B. C., jeune nègre de 24 ans, entré au Philadelphia General Hospital, le 6 janvier 1906. Mort le 10 janvier 1906. A la période d'état d'une fièvre typhoïde, le malade a glissé du côté droit de son lit et a eu une chute sur les fesses. Remis au lit on l'a examiné et on a trouvé une hémiplegie gauche avec déviation des yeux vers la droite. On a pensé tout de suite à une hémorragie cérébrale ou à une thrombose de la sylviennne. Le malade meurt 5 jours après.

L'autopsie a montré de la congestion du foie, de la rate et des poumons et des ulcérations de l'iléon. On peut croire à une fièvre typhoïde dans son troisième septénaire. On trouve un thrombus dans l'artère sylviennne droite et au microscope un ramollissement du territoire cérébral correspondant avec de nombreux débris cellulaires.

OBSERVATION X

(Mohamed Abdal-Aziz. — Thèse Montpellier, 1900)

(Résumée)

Un cas d'hémiplegie typhique

M... Marius entre à l'hôpital Suburbain le 26 juillet 1899. Depuis dix jours le malade accuse de la courba-

ture. Au moment de la visite il est abattu, son ventre un peu ballonné. On aperçoit quelques taches rosées lenticulaires. Douleurs aux jambes et céphalée.

28 juillet. — Le malade est délirant, les membres supérieurs sont en contracture, il en est de même des muscles de la nuque. Poussée de taches nouvelles.

30. — Troubles cérébraux et moteurs : exagération des réflexes, affaiblissement des membres gauches ; impossibilité de lever le bras gauche, doigts contracturés et cyanosés, la jambe gauche est immobile. La fièvre demeure élevée et nouvelle poussée de taches rosées.

2 août. — L'état typhoïde a remplacé le délire.

6. — L'anesthésie et la perte du mouvement du membre supérieur gauche sont complètes, il en est de même au membre inférieur gauche. Séro-diagnostic positif.

Jusqu'au 24, la paralysie reste stationnaire sans jamais atteindre la face au milieu de symptômes nerveux très marqués, mais elle est devenue absolument flasque au membre supérieur ; hémianesthésie gauche complète, hyperesthésie générale très marquée.

9 septembre. — Le malade remue le bras gauche. Le professeur Bosc appelé en consultation écarte le diagnostic de névrose, il penserait plutôt à une congestion intense avec hémorragies corticales disséminées, accompagnées de lésions pigmentaires et de vacuolisations cellulaires.

10. — Le malade remue davantage le bras et la jambe, régression de la paralysie.

26 octobre. — La paralysie commence à s'améliorer ainsi que l'anesthésie. Il se lève, se promène, mais la marche est difficile, il fauche et tourne le pied gauche. Il sort ainsi de l'hôpital en se servant d'une canne.

OBSERVATION XI

(Osler W. — J. Nerv. and Ment. Dis. New-York, 1896, XXI, 295-304)

(Résumée)

1^{er} CAS. — *Attaque de fièvre typhoïde ; dans la sixième semaine et pendant que la fièvre persiste toujours, convulsions subites ; hémiplegie et aphasie.*

A... F..., 7 ans. Pas d'antécédents nerveux héréditaires. A eu la rougeole à 3 mois ; depuis a toujours été bien portante. La maladie actuelle débute la première semaine d'avril, la fièvre et la diarrhée continuent sans s'arrêter pendant plus de dix semaines. Un mieux semblait se faire sentir lorsque, le 3 juin, elle fut prise de violentes convulsions confinées à la tête, au bras droit et à la jambe droite, qui se terminèrent par une paralysie complète. La face aussi était prise.

Aphasie pendant sept semaines. L'amélioration se fit ensuite très lentement, sans que la malade ait jamais pu retrouver la force qu'elle avait dans le bras, mais graduellement elle a pu arriver à pouvoir parler.

Pour nous résumer, cette enfant est souffrante d'hémiplegie qui survint après une convulsion et une attaque de fièvre typhoïde. Elle est actuellement en bonne voie de pouvoir recouvrer la puissance de la parole ; la paralysie de la face et celle de la jambe sont dans un état bien moins inquiétant qu'elle ne l'était, mais le bras reste complètement dépourvu de forces.

2^e CAS. — *Violente attaque de fièvre typhoïde en mars*

1895 ; à la deuxième semaine, sans convulsions, hémiplégie qui persiste.

W. H. B., 25 ans, ecclésiastique, entre le 30 novembre se plaignant de paralysie du bras et de la jambe gauches. Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Le 10 mars 1895, se couche, et peu à peu tous les symptômes d'une attaque très sérieuse de fièvre typhoïde se déclarèrent et se développèrent tout à coup sans convulsions. Pas de difficulté pour parler, pas de troubles sphinctériens. Convalescence très prolongée.

Le 1^{er} juillet, le malade pouvait se tenir debout et commencer à marcher ; la force des bras et des jambes revient assez rapidement, mais il n'a jamais pu retrouver aucune force dans les doigts.

OBSERVATION XII

(Société médicale de l'hôpital « John's Hopkins », séance du 4 novembre 1895)

(Résumée)

1^{er} CAS. — *Un cas d'hémiplégie avec aphasie motrice, chez une malade convalescente de fièvre typhoïde (Dr Blumer).*

Jeune fille apportée au dispensaire pour une paralysie du côté droit. Rien à remarquer dans les antécédents personnels et familiaux.

Vue pour la première fois le 23 du mois d'août dernier. Dix-sept semaines auparavant, elle avait été atteinte d'une fièvre typhoïde type et quelque peu prolongée. Il y avait une semaine qu'elle commençait à prendre des aliments solides, quand la petite malade fut

subitement prise de violentes convulsions. Les vomissements convulsifs étaient à peu près entièrement limités au côté droit, la généralisation s'étendant aussi à la tête. Les convulsions, qui avaient débuté à 8 heures du matin, avaient à peu près disparu du côté de la tête et de la figure vers quatre heures, mais persistèrent pendant deux jours au bras et à la jambe. Pendant ce temps, il semblait que l'enfant fût dans l'impossibilité absolue de parler et surtout de comprendre quoi que ce fût.

Au bout de cinq semaines, on vit renaître chez elle la motricité, la faculté de la parole fit sa réapparition, mais elle nommait mal, appelait son père « sa mère », et ainsi de suite. Reconnaisant les objets elle les désignait par un faux nom, traînait un peu le pied droit, et le bras restait paralysé. Depuis son entrée à l'hôpital, progrès de l'élocution et sous le rapport de la déambulation, seul l'état du membre supérieur reste stationnaire, le bras replié à angle droit ; c'est en somme une paralysie rigide.

2^e Cas (Docteur Thayer). — F. Med..., 21 ans, admis à l'Hôpital Général de Massassuchets, le 8 octobre 1888. Antécédents familiaux bons, et pas d'antécédents personnels.

Le 12 octobre, au dixième jour de la maladie, vers une heure du matin, le garde-malade remarqua que le patient ne pouvait remuer ni bras ni jambe du côté droit. A la visite, le malade complètement stupide est incapable de montrer la langue et de parler. Même incapacité en ce qui concerne la faculté de mouvoir ses membres du côté droit.

Le 18. — La température est revenue à la normale, le malade semble comprendre lorsqu'on lui parle, mais il remue la tête indiquant qu'il lui est impossible de s'ex-

primer. Ne peut tirer la langue, mais ouvre mieux la bouche.

Le 13 novembre, continuation de l'amélioration. Le sujet est gai et content, il ne peut pourtant pas parler.

Le 6 janvier 1889, le malade est capable de se lever et de se tenir sur son séant.

Le 10, il peut prononcer quelques paroles, il est capable d'écrire son nom de la main gauche.

Le 11, à sa sortie, il marche très bien sans pouvoir ni monter, ni descendre. Tout en paraissant comprendre ce qu'on lui dit, il n'articule que quelques mots. Le bras droit remue bien.

3^e CAS. — J. D..., 10 ans, entre à l'hôpital le 11 novembre 1888, avec les signes caractéristiques de fièvre typhoïde, datant de cinq jours. Le 9 décembre, 23^e jour de la maladie, l'enfant était en plein état typhoïde. Le lendemain, l'infirmière remarque que l'enfant ne répond pas aux questions qu'on lui pose, que le bras et la main du côté droit remuent lentement et difficilement. Dès le lendemain, les phénomènes s'étaient amendés et l'amélioration continua jusqu'à la sortie de la malade dont la mentalité resta faible.

Ainsi donc, dans chacun de ces cas, aux crises d'une fièvre typhoïde (dixième et vingt-troisième jour) on voit apparaître chez des personnes saines et robustes une hémiplégie avec aphasie motrice. Dans l'un et l'autre cas, on n'observe pas de convulsions. Il n'y eut aucune présomption d'embolie possible, l'état du cœur était parfait chez chacun des deux malades.

OBSERVATION XIII

(Cayley. — Medical Times and Gazet. London, 1898, t. I, p. 305.)

(Résumée)

Il s'agit d'un enfant, W... H..., âgé de 11 ans, entré à l'hôpital des enfants de North-Eastern le 4 décembre 1893, qui le 4 janvier, en pleine évolution d'une fièvre typhoïde, la température étant de 39 degrés, présenta brusquement une paralysie partielle du bras droit. Cette paralysie s'étendit rapidement et devint bientôt plus complète. Le jour suivant il y avait paralysie complète du bras droit et de la jambe du même côté ; les traits de la figure étaient tirés, les membres paralysés présentaient un peu d'hyperesthésie. La parole n'était nullement troublée.

Le 6 janvier, parésie moins complète.

A partir du 7, l'enfant continue à remuer ses membres paralysés et, l'amélioration persistant, il fut envoyé dans une maison de convalescence, fin février. A ce moment-là, il marchait à peu près bien, mais traînait un peu la jambe droite et avait conservé une faiblesse considérable du bras droit. L'auscultation montra que les bruits du cœur étaient toujours normaux, et l'examen des urines ne put décélérer aucune trace d'albumine.

OBSERVATION XIV

(Landouzy. — Thèse d'agrégation, 1880.)

OBS. XXVIII. — *Paralysie gutturale, paralysie de la langue, hémiplegie, persistance des troubles du langage.*

Buxot, 25 ans, garçon de cuisine, entré à l'hôpital le 14 juillet 1869. Il y a deux ans, le malade a été atteint d'une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il a eu une paralysie des membres du côté droit, surtout du bras, en même temps qu'une paralysie de la langue. Il est resté un an entier sans pouvoir parler. La déglutition était impossible, on était obligé de le faire manger avec une sonde en argent. La parole est revenue profondément altérée. On ne peut mieux comparer son langage qu'à celui d'un enfant qui commence à parler.

OBS. XXXIII. — *Hémiplegie subite, passagère, consécutive à une fièvre typhoïde grave. Guérison complète* (L. Colin, Etudes cliniques de médecine militaire, 1864, p. 281).

Je viens d'observer, récemment, chez le nommé Lefebvre, maréchal des logis au 2^e dragons, une hémiplegie dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave ; l'hémiplegie fut subite, dura 15 jours et céda rapidement au traitement par l'électricité.

OBS. XXXIV. — *Hémiplegie incomplète, consécutive à une fièvre typhoïde. Guérison rapide* (Schneider, obs. XXX).

Ornan, 35 ans, chirurgien à Lyon, tempérament sanguin et robuste. En mai 1861, fièvre putride et inflammatoire. « Dans la convalescence il fut saisi tout à coup d'une façon incomplète du côté droit. Son bras et sa jambe furent d'abord engourdis, son œil éraillé par la contraction des deux paupières et la bouche resta dans un état convulsif. » Bains tièdes ; en peu de jours les symptômes disparurent.

OBS. XXXV. — *Hémiplégie incomplète, consécutive à une fièvre typhoïde à forme encéphalique* (Schneider, obs. XXXIV).

Hesse (Michel), 43^e de ligne, 24 ans, malade depuis 17 mois. A la suite d'une fièvre typhoïde à forme encéphalique contractée à Toulouse en septembre 1854, il présenta une hémiplégie incomplète. Il était bien portant auparavant. Parole difficile, mais intelligible, miction difficile, membres d'aspect normal. Il ne sort qu'avec une amélioration légère dans les mouvements du bras.

OBSERVATION XV

(Dr Hawkins. — Clinical Society's transactions, vol. XXVI.
London, 1893, p. 50)

(Résumée)

Case of hemiplegia in typhoid fever

Alice H..., 18 ans, fait une fièvre typhoïde grave compliquée d'hémorragies intestinales et de purpura,

classique comme symptômes. Au 29^{me} jour de sa maladie, 14 jours après la première hémorragie intestinale, huit jours après le purpura la malade est incapable de répondre, mais comprend ; sa langue est déviée à droite.

Les membres du côté droit sont complètement paralysés. La sensibilité ne paraît pas atteinte. Au 31^e jour, mort.

Lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Pas de péricardite, mais myocardite.

Le cerveau antérieur est plus mou à gauche qu'à droite. On trouve une thrombose grosse comme un grain de riz obstruant l'artère cérébrale moyenne gauche quelques lignes au-dessus de l'origine de l'artère cérébrale antérieure et de la communicante postérieure.

CHAPITRE IV

SYNTHÈSE CLINIQUE

Les phénomènes paralytiques que nous constatons dans nos observations constituent des faits plutôt exceptionnels ; en outre, leur date d'apparition ne répond pas à celle qu'on a rencontrée dans la majorité des cas. En effet, le professeur Landouzy et avec lui tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les paralysies typhiques ont leur maximum de fréquence dans la convalescence. Ceci est moins vrai pour l'hémiplégie que pour les autres complications, car, d'après la statistique que nos recherches et nos observations ont permis d'établir, nous relevons le pourcentage suivant :

24 % pendant le 2^{me} septénaire

20 % — 3^{me} —

10 % — 4^{me} —

40 % pendant la convalescence.

La dothiéntérie étant surtout une maladie de l'en-

fance et de l'âge adulte, nous voyons survenir la complication hémiplégique :

24 %	des cas avant 10 ans.
26 %	— 20 —
50 %	— 30 —

Les *prédispositions personnelles* ont-elles une influence dans l'étiologie de cette complication ? Sans vouloir dire qu'il est indifférent d'avoir dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade des tares nerveuses plus ou moins marquées, nous ne constatons ces faits qu'exceptionnellement dans nos observations. On pourrait toutefois objecter que les phénomènes constatés sont dans une certaine mesure imputables à l'hystérie, alors même que les malades présentés n'aient jamais eu antérieurement de crises nerveuses, puisque la fièvre typhoïde peut faire apparaître cette névrose.

Et parfois le caractère insolite des accidents, leur disparition rapide et le désaccord entre leur gravité et la bénignité relative de l'état général sembleraient indiquer l'hystérie, mais la constatation formelle du signe de Babinski du côté hémiplégié fait rejeter ce diagnostic.

D'autres mettront en cause une syphilis latente, profitant de l'état de moindre résistance de l'organisme et plus particulièrement du système nerveux pour produire une de ses nombreuses formes de paralysie. Quoi qu'il en soit, il a fallu le coup de fouet de l'infection typhique ; et cela seul, avec la constatation de quelques réactions de Wassermann négatives, nous permet de reconnaître à la dothiéntérie la possibilité de faire apparaître l'hémiplégie à elle seule.

Nous nous sommes également appliqué à rechercher si le *degré d'acuité* de la maladie initiale influait sur

l'apparition de l'hémiplégie, car on est tenté de croire que dans les formes délirantes et ataxo-dynamiques où la perturbation apportée dans le système nerveux est considérable, nous la verrions apparaître de préférence.

En effet, sur les 23 cas contenus dans nos observations, nous ne la voyons jamais apparaître dans les formes bénignes. Par contre, nous la relevons 13 fois dans les formes graves, 7 fois dans les formes moyennes, dans les 3 autres cas le degré d'intensité n'a pas été noté.

Plus souvent nous la voyons en rapport avec d'autres complications nerveuses, la première par ordre de fréquence étant l'aphasie (82 % des cas), ce qui est d'ailleurs naturel dans toutes les hémiplégies cérébrales.

Que de fois aussi elle apparaît au milieu du tableau dramatique du délire et des convulsions, ou bien fait suite à des crises d'épilepsie jacksonienne, comme c'est le cas notamment dans l'observation de MM. Barié et Lian.

Ainsi donc, l'hémiplégie typhique est une manifestation d'allures très variables dans son mode de début, dans sa marche et dans sa terminaison.

Le début, qui peut être insidieux et progressif, apparaît souvent au milieu de phénomènes méningés fugaces. Tantôt cette complication s'accompagne de douleurs dans les membres, caractérisées dans la plupart des cas par de simples fourmillements; tantôt elle s'installe à bas bruit, frappant quand même les membres d'un côté du corps d'une paralysie complète, se bornant d'autres fois à un peu de gêne ou de parésie des membres atteints. Les deux membres ne sont pas toujours uniformément atteints et peuvent ne pas l'être simultanément. Lorsque l'hémiplégie est confirmée, elle est tantôt flasque, tantôt en contracture, et cela dans une proportion à peu près égale.

Nous notons presque toujours, sinon de l'anesthésie, du moins de la diminution de la sensibilité du côté atteint. Et tous ces troubles ne vont pas sans retentir sur la structure des membres, frappant souvent les muscles d'atrophie, diminuant dans tous les cas la force musculaire, s'accompagnant parfois de troubles trophiques ou de positions vicieuses.

L'hémiplégie typhique, accompagnée ou non d'*aphasie*, atteint son paroxysme dès le premier jour, parfois dès les premières heures de l'attaque, se montrant simplement comme une exagération des symptômes de la maladie ; elle reste stationnaire un temps variable, puis les phénomènes s'amendent, et tout rentre dans l'ordre sans que dans certains cas nous puissions plus tard retrouver trace de cette perturbation nerveuse. Cependant, dans les 23 cas cités dans cette étude, l'hémiplégie s'est nettement fixée dans 6 cas, particulièrement dans un cas d'Edward Mercur Williams, où l'infirmité persiste encore 16 ans après, et aussi dans notre observation personnelle où les phénomènes n'ont pas complètement rétrocedé trois ans après. Il nous est également facile de constater que, s'il arrive quelquefois au malade de conserver un peu de parésie, c'est plus souvent que nous notons la persistance des troubles de la parole.

Quoi qu'il en soit, sauf ces exceptions, et les cas relativement rares suivis de mort, que l'on ne peut d'ailleurs toujours imputer à la complication hémiplégique, les accidents disparaissent assez rapidement, n'ayant été parfois qu'une très courte alerte lorsqu'ils surviennent à la période d'état, faisant plus souvent un épilogue de plus longue durée lorsqu'ils éclatent au moment de la convalescence.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Il serait vain de vouloir appliquer le même mécanisme pathogénique à tous les cas d'hémiplégie typhique, car la résistance du système nerveux est moins en jeu que la lésion pathologique qui est loin d'être constante. A en juger par les autopsies pratiquées, qui ne peuvent nous montrer que les lésions des hémiplégies mortelles, c'est la *thrombose* d'une des artères cérébrales et plus souvent de la sylvienne avec ramollissement du territoire correspondant. Est-ce à dire qu'il s'agit de *ramollissement cérébral*? On explique dans cette hypothèse les débuts qui ont lieu sans perte de connaissance, accompagnés de convulsions épileptiformes, et nous ne pensons pas que les phénomènes paralytiques soient toujours sous la dépendance d'un ramollissement cérébral, soit par *embolie*, soit par *thrombose*. En effet, nous ne sommes pas fondé à admettre toujours la production d'une embolie : nous relevons rarement l'endocardite dans nos observations, et aussi rarement des signes de lésions valvulaires.

Si donc l'endocarde a été intéressé par l'infection éberthienne, ses lésions n'ont pu être que minimales et nous savons que les embolies viennent surtout compliquer les endocardites malignes nettement constituées.

Quant à l'existence d'une thrombose de l'artère sylvienne par artérite aiguë, c'est chose possible. Toutefois, ce sont les artères des membres inférieurs que touche de beaucoup le plus souvent la fièvre typhoïde, comme l'a montré Barié (*Revue de médecine*, janvier 1884). Cependant Osler pense que l'*artérite aiguë de la sylvienne* est une complication assez fréquente de la fièvre typhoïde, il l'a constaté anatomiquement une fois. Welsh en a publié quatre cas; Hawkins deux. Osler porte ce diagnostic dans les quatre hémiplegies typhiques qu'il a observées; il s'agissait d'hémiplegies qui laissèrent les malades infirmes. Dans l'artérite typhique, en effet, les lésions sont plutôt en général celles de l'endartérite oblitérante et le vaisseau arrive à être transformé en un cordon plein. Un pareil processus cadre bien avec les cas suivis de mort, par exemple le 4^e cas d'Edward Mercur Williams, et ceux où les phénomènes paralytiques persistent. Certes les lésions ne sont pas toujours aussi intenses et il est des cas où l'artérite, seulement pariétale, n'aboutit qu'à un rétrécissement du calibre du vaisseau. Mais, même dans cette hypothèse, les lésions n'auraient pas régressé aussi rapidement que l'ont fait les troubles moteurs dans les cas où l'hémiplegie est transitoire et ne dure parfois que vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Pouvons-nous mettre en cause la *séreuse méningée*? Certes, les phénomènes méningés ne sont pas rares dans la fièvre typhoïde. Depuis le méningisme, simple trouble fonctionnel, jusqu'aux méningites aiguës franches, nous

rencontrons toutes les variétés. Mais les phénomènes nerveux, si graves soient-ils, ne peuvent jamais déterminer des troubles qui sont sous la dépendance seule d'altérations de l'écorce cérébrale.

Ces accidents peuvent-ils être le fait d'une *hémorragie cérébrale* ? L'existence de convulsions épileptiformes traduirait une inondation ventriculaire ou une hémorragie cérébro-méningée ; par contre, l'absence de phase comateuse qui manque dans la plupart de nos observations, la régression très rapide des troubles moteurs, ne pourraient être en rapport qu'avec un foyer d'hémorragie bien limité. Nos malades ont toujours présenté des signes d'excitation de l'écorce, ce qui ne cadre pas avec l'hypothèse d'une hémorragie cérébrale qui est généralement centrale. Quant à l'hémorragie méningée, elle est également à rejeter puisque le liquide céphalo-rachidien ne renfermait pas de sang, dans les observations où la ponction lombaire a été pratiquée.

Ainsi donc, après avoir éliminé les causes banales des lésions de l'écorce grise, en avoir reconnu une certaine, nous voulons parler de la thrombose de la sylvienne, nous sommes amené à penser que l'hémiplégie *transitoire*, celle de la *période d'état*, qui régresse en même temps que les autres symptômes de la dothiéntérie, est due à une *imprégnation toxique des cellules de l'écorce cérébrale*. La toxine du bacille d'Eberth est allée se fixer plus spécialement sur le système nerveux qui représentait le lieu de moindre résistance chez les sujets qui ont parfois une hérédité nerveuse, et toujours un ébranlement considérable, qui se manifeste tantôt par du délire, tantôt par de l'hébétude.

C'est par un mécanisme analogue que, dans sa thèse d'agrégation, Landouzy propose d'expliquer certaines

paralysies des maladies infectieuses. « N'est-il pas facile de concevoir que la pénétration d'un principe morbide dans les organites nerveux détermine une perversion de ces éléments? Celle-ci ne peut-elle pas devenir le point de départ, dans certains cas, d'un travail inflammatoire; dans d'autres, de troubles fonctionnels dont la durée sera proportionnelle au temps que l'organisme mettra à reprendre possession de lui-même et à se débarrasser de cette imprégnation délétère? »

Nous ne nous arrêterons pas à discuter si les lésions centrales ne sont pas plutôt à rattacher à une localisation anormale du bacille d'Eberth lui-même; il semble bien plus vraisemblable de les attribuer aux produits toxiques solubles de ce bacille, comme en témoignent d'ailleurs le caractère transitoire de ces accidents nerveux et ce fait que le bouillonensemencé avec le liquide céphalo-rachidien est resté stérile, comme c'est le cas dans l'observation typique de Barié et Lian.

D'ailleurs les localisations nerveuses de la toxine éberthienne ont été fréquemment observées. Nombre d'observations cliniques l'établissent, et, chez quelques typhiques ayant présenté une vive réaction nerveuse, l'examen anatomo-pathologique du système nerveux central a montré l'existence de légères altérations cellulaires. D'autre part, avec la toxine typhique, le professeur Chantemesse (Traité de médecine Charcot-Bouchard, t. I, p. 103) a fait apparaître chez la grenouille des paralysies par altération du centre nerveux; et Nichols (*Journal of experimental medicine*, n° 2, 1899) a obtenu par injection de toxine typhique des lésions des cellules du système nerveux central. Sans doute ces altérations toxiques des cellules de l'écorce grise se manifestent le plus souvent par des phénomènes généraux d'excita-

tion ou de dépression : agitation, délire, ou au contraire, prostration, coma, qui caractérisent les formes ataxiques et adynamiques des maladies infectieuses ; toutefois il est possible que, suivant la virulence des toxines, l'état de réceptivité du sujet, elles entraînent des troubles nerveux localisés. D'ailleurs, l'urémie, dans sa forme paralytique, nous est une preuve qu'un processus toxique peut altérer l'écorce grise cérébrale et déterminer l'apparition de convulsions et d'une hémiplegie transitoire.

Nous croyons donc pouvoir dire par analogie que, dans les formes d'hémiplegie transitoire constatées dans nos observations, les complications nerveuses présentées par nos malades ont été causées par l'imprégnation toxique éberthienne de l'écorce cérébrale. Après avoir passé en revue tous les mécanismes pathogéniques capables de déclencher l'attaque d'hémiplegie, nous pouvons conclure : 1° que dans le cas où elle est *transitoire*, survenant à la période d'état, et qui guérissent facilement, c'est l'*imprégnation toxique* des cellules cérébrales qui est en jeu ; 2° que dans les cas survenant de bonne heure, à début aigu, accompagnés de coma, de convulsions, il faut plutôt penser à l'*hémorragie cérébrale* ou à l'*embolie* ; 3° que pendant la convalescence où l'évolution est lente, la condition la plus fréquente est la *thrombose de la sylviennne*.

Le pronostic est basé sur les lésions présumées et nous avons pu observer que, dans les cas d'encéphalite par suite d'imprégnation toxique, la guérison est rapide et presque complète. Si nous avons affaire à une hémorragie ou à une thrombose, la guérison est plus lente et moins complète, et lorsque l'aphasie accompagne l'hémiplegie il est rare d'assister à une régression totale des accidents.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de l'hémiplégie sera basé sur les *indications étiologiques, symptomatiques et pathogéniques*.

a) *Indications étiologiques*. — C'est le bacille d'Eberth qui a provoqué la maladie initiale dont nous voulons traiter la complication. C'est pourquoi, lorsque l'hémiplégie surviendra à la période d'état comme une simple exagération des symptômes de la dothiéntérie, il sera rationnel de tenter l'emploi des vaccins antityphoïdiques, et dans tous les cas de continuer la médication en cours.

b) *Indications symptomatiques*. — Contre les symptômes de l'hémiplégie proprement dite, c'est-à-dire la paralysie et les troubles qui en découlent, nous n'avons aucun moyen à mettre en œuvre, du moins à la période d'état. Si au contraire l'hémiplégie menace de s'installer et de faire un infirme de notre malade, les *massages* et

l'électricité seront souvent de précieux adjuvants pour activer la guérison. L'électricité sera surtout employée dans les cas d'atrophie sous forme de courants faradiques. Il ne faudra pas perdre de vue toutefois que la rigidité spasmodique et l'exagération des réflexes constituent des contre-indications formelles. Les convulsions venant compliquer le syndrome anatomo-clinique au début, nous aurons recours aux applications de glace sur la tête. Si d'autre part l'aphasie persiste ou rétro-cède lentement, il faudra conseiller la *rééducation*.

c) *Indications pathogéniques.* — Si nous pouvions pour chaque cas particulier déterminer le mécanisme pathogénique, il nous serait possible de mettre en œuvre des moyens thérapeutiques, sinon efficaces, du moins rationnels. C'est ainsi que, si nous admettons le mécanisme de la *thrombose* dans une artère cérébrale avec ramollissement de la région qu'elle irrigue, il sera indiqué d'avoir recours à la médication décongestionnante, en faisant de la révulsion, au moyen de sangsues appliquées derrière les oreilles et de sinapismes aux membres inférieurs. La saignée aussi pourra être pratiquée car elle désintoxiquera en même temps l'organisme. Par ailleurs, l'hypothèse d'une embolie, lorsque le caillot sera parti du cœur, nous amènera à traiter l'endocardite en tempérant et régularisant les contractions du myocarde de manière à empêcher, s'il est possible, toute migration nouvelle ; et nous nous trouverons bien pour cela de l'emploi de la digitale à doses moyennes.

Ces deux exemples suffisent pour faire comprendre combien vaste sera le champ des applications thérapeutiques, en se conformant aux indications pathogéniques.

Mais il faudra se rappeler que « ce n'est qu'un temps assez long après l'hémorragie cérébrale, l'apoplexie ou le ramollissement, alors qu'une amélioration sensible et complète sous tous les autres rapports s'est réalisée, que l'hémiplégie doit être considérée comme un symptôme à part et doit être traitée d'une manière toute spéciale » (1). C'est dire, en définitive, que nous traiterons surtout avec chance de succès l'hémiplégie qui surviendra pendant la convalescence, nous bornant, pendant la période d'état, à lutter par tous les moyens contre la maladie initiale.

C'est alors que nous aurons à tenir compte de l'indication tirée de *l'état des forces*, que nous remplirons en donnant aux débilités et aux anémiques les amers, les toniques et les ferrugineux.

Les *eaux minérales* sont encore recommandées, bien que nombre de cliniciens admettent, avec Pierre Marie, que la composition des eaux, à part quelques indications individuelles, est absolument indifférente. Nous donnerons la préférence aux *eaux sulfureuses*, telles que celles de Barèges, de Bagnères-de-Luchon et de Cauterets. Nous mentionnerons aussi les *eaux de Lamalou* auxquelles le Dr Ch. Ménard attribue de grands succès dans sa thèse traitant : « Des paralysies consécutives aux infections aiguës et de leur traitement par les eaux de Lamalou. »

(1) J. Vires. — Maladies nerveuses. Diagnostic. Traitement.

CONCLUSIONS

Nous pouvons donc maintenant poser les conclusions générales suivantes :

I. — L'hémiplégie est une complication rare de la fièvre typhoïde ; elle peut être accompagnée d'aphasie et d'hémi-anesthésie.

II. — L'aphasie est plus fréquente chez les enfants, mais elle n'a fort heureusement qu'une durée passagère, présentant au contraire chez les adultes une durée parfois très prolongée.

III. — Il serait erroné de croire que l'hémiplégie est une complication presque exclusivement de la convalescence. Son apparition, pendant la période d'état, relevée dans 54 % des cas, en fait au contraire un incident de la dothiéntérie, vraisemblablement dû dans les formes transitoires à une *imprégnation toxique* des cellules cérébrales par le bacille d'Eberth. Il faudra, au contraire, lorsque l'hémiplégie traînera en longueur et persistera longtemps après la dothiéntérie, penser le plus sou-

vent à la *thrombose* ou à l'artérite d'une des artères cérébrales.

IV. — En règle générale, le pronostic d'hémiplégie typhique n'est pas grave. Sur les vingt-trois cas rapportés dans nos observations, nous relevons quatre cas de mort, due dans un cas à une méningite concomitante ; dans les trois autres cas, l'autopsie a montré une thrombose d'une des artères cérébrales. Cependant, si la vie du malade n'est pas en danger, elle en fait quelquefois un infirme pour une durée qui, dans un cas observé, va jusqu'à seize ans.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 3 juin 1919.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 3 juin 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADENOT. — Thèse Lyon, 1889.
- BAILLY. — Thèse Paris, 1872.
- BAUDRY. — Paralysies typhiques (Thèse Paris, 1895).
- Bull. John's Hopkins Hosp. Balt., 1896, VII, 72-74.
- CAYLEY. — Cases of hemiplegia as a sequel of typhoid fever (Med. Times, Gaz. London, 1878, 1, 301).
- Clinical Society's Transactions, vol. XXVI, 1893.
- DONKIN. — Enteric fever right hemiplegia with aphasia relapse. Death (Lancet, London, 1892, I, 912).
- GOURBEYRE. — Gaz. méd. de Paris, 1863.
- GRASSET et RAUZIER. — Maladies du système nerveux.
- GUBLER. — Archives générales de médecine, 1860.
- John's Hopkins Hospit. Reports, 1900.
- J. Nerv. and Ment. Diseases, 1905.
- LANDOUZY. — Agrégation de médecine et médecine légale, 1880.
- LEUDET. — Gaz. méd. de Paris, 1861.
- LEVELLAIN. — Méningite typhique (Thèse Paris, 1895).
- Medical Record, 1903.
- MOHAMED ABDAL AZIS. — Thèse Montpellier, 1900.
- New-York Medic. Journ., 1904.

OSLER. — Hemiplegia in typhoid fever (J. Nerv. and Ment. Dis. New-York, 1896, XXIII, 295-304).

PAULIN. — Thèse Paris, 1879.

Pest. med. chirurg. Press. Budapest, 1904.

Proceedings of the Royal Society of Medicines of London, vol. VI, n° 3, clinical sect., p. 63, 13 décembre 1912.

ROBERT. — Thèse Paris, 1862.

SCHNEIDER. — Thèse Paris, 1877.

The American Journal of the medical sciences, vol. CXLIII, n° 5, p. 677, mai 1912.

Toulouse médical, 1904.

Wien. med. Wochenschrift, 1902.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
